

THÈSE

402

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Isidor REICHER

Né le 9 Octobre 1913, à Falticeni (Roumanie)

Causes de mort et les grandes complications en dermatologie

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Isidor REICHER

Né le 9 Octobre 1913, à Falticeni (Roumanie)

Causes de mort et les grandes complications en dermatologie

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIÈME
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clouis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIS
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
Justin BESANÇON . . .	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	MII J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTNEL	Bactériologie.	PETTIT-DUTAILLIS . . .	Anat. pathologique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GAYET	Physiologie	PORTES	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie Médicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHT	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	SCHWARTZ	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Patholog. chirurgicale
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	}	ECALLE	} Clinique obstétricale.
SEZARY		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance pour une vie de labeur et de sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR REICHER

Pour tout ce qu'il a fait pour moi.

A MES SŒURS ET FRÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A NELLY ET DOCTEUR FROIM

*Qui m'ont aidé, conseillé et guidé au
cours de mes études et auprès desquels
j'ai toujours trouvé une sollicitude et
une compréhension fraternelles.*

*Qu'ils trouvent ici une humble preuve
de l'affectueuse amitié que je leur
garde et de la vive reconnaissance que
je leur dois.*

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de respectueuse reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE M. LE DOCTEUR A. TOURAINE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré ce travail, nous a
guidé de ses conseils et nous a aidé
avec une bienveillance inlassable.*

*Nous le prions d'accepter ce témoignage
de notre très vive et profonde recon-
naissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Le problème de la mortalité dans les affections dermatologiques a été l'objet de peu d'études d'ensemble et les notions acquises sur la gravité de ces affections ne sont pas très précises.

Les auteurs qui s'y sont employé ont rencontré maintes difficultés — surtout techniques — parmi lesquelles le manque de statistiques complètes, n'est pas la moindre.

Pour faire la part unique de la dermatologie, il a fallu éliminer les cas de mort par maladies intercurrentes de nature autre que dermatologiques.

D'autre part, nombre de malades sont sortis pour mourir ailleurs ou ont été évacués dans des services différents, soit pour des urgences chirurgicales, soit pour des affections aiguës non dermatologiques.

Sans avoir la prétention de résoudre la totalité du problème, nous nous sommes efforcés d'y apporter quelques éclaircissements, en établissant une statistique sur la mortalité dans les affections dermatologiques. Ce travail est fait dans les services de dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Louis, pendant la période 1928-1938 et plus spécialement dans le service du Docteur Touraine (1932-1938).

Notre travail a été difficile à cause des mêmes obstacles que nous citons plus haut, mais nous sommes arrivés à établir — pour un certain nombre de maladies de peau — des statistiques nous permettant de voir avec quelle fréquence on meurt en dermatologie.

Nous avons envisagé les maladies de peau — une à une — en comparant successivement les chiffres de l'Hôpital Saint-Louis et ceux trouvés dans le service du Docteur Touraine, en insistant en même temps sur les grandes complications redoutables en dermatologie.

PEMPHIGUS

Mortalité.

Pendant la période allant de 1928 à 1938 — sur un total de 830 morts dans les services de dermatosyphiligraphie de l'Hôpital Saint-Louis — nous avons trouvé 76 décès à la suite du pemphigus — ce qui équivaut à un pourcentage de 9,15 % sur la mortalité totale.

En six ans — sur un total de 85 entrants dans les services de Saint-Louis avec le diagnostic précis de pemphigus — 51 sont morts, c'est-à-dire une mortalité de 60 %.

Dans le seul service de M. Touraine, pendant ces six dernières années, sur 11 malades, nous avons enregistré 6 décès, c'est-à-dire une mortalité de 54,5 %.

Dans les statistiques que nous avons établies, il a été difficile de faire la part de chaque variété de pemphigus, la plupart des observations que nous avons consultées se contentant de signaler l'ensemble des formes cliniques dans la seule expression de pemphigus.

Alibekow a analysé les archives cliniques des quarante dernières années du Premier Institut de

Médecine de Moscou. Sur les 36 cas de pemphigus observés pendant ce laps de temps, 16 se sont terminés par la mort.

Il trouve le chiffre de la mortalité chez les femmes beaucoup plus élevé que chez les hommes. C'est ainsi que sur les 16 observations de malades décédés à la suite du pemphigus, il y avait 2 hommes et 14 femmes dont l'issue fatale est arrivée dans un délai de 2 mois à 2 ans après le début de l'affection.

Quant à Speierer de Munich, il trouve une mortalité générale de 50 % chez l'homme et 48 % chez la femme.

La mortalité n'est pas la même pour toutes les formes cliniques de pemphigus.

C'est ainsi que dans le pemphigus aigu fébrile grave, sur 23 cas collectés par Brocq, on note 17 morts (84 %) en 6 à 26 jours, contre 6 guérisons. Parmi les cas qui guérissent un certain nombre seraient rentrés dans un autre cadre d'affections, ce qui augmente encore la mortalité.

De même le pemphigus subaigu malin à bulles extensives de Brocq a un pronostic très sombre. Sur les 12 cas rapportés par Brocq, 6 se sont terminés rapidement par la mort.

En général, la mort est la règle, parfois rapide ; cependant Pautrier a insisté sur quelques cas bénins et curables.

Dans le pemphigus végétant, l'évolution est longue et traînante et elle aboutit après des mois à une issue fatale.

Nous pouvons placer dans le même cadre le pemphigus foliacé ou maladie de Cazenave et il nous faut insister d'une façon toute particulière sur les complications qui surviennent durant la maladie.

Les troubles digestifs sont fréquents et l'anorexie, les vomissements et la diarrhée de ces malades sont d'une constatation banale.

Il faut citer en outre, plus rarement, la rétention chlorurée et le syndrome d'insuffisance endocrinienne (thyroïde, ovaires, surrénales).

Il est intéressant de noter certaines complications osseuses.

L'ostéomalacie a été rapportée dans un cas de Hallopeau et Constansoux et dans un autre de Schultze.

Audry et Lausac ont signalé l'apparition d'une scoliose.

Leredde a attiré l'attention sur une atrophie osseuse.

Mais il faut surtout retenir les complications secondaires qui surviennent avec une fréquence beaucoup plus grande et au premier chef desquelles il faut citer les complications pulmonaires : la broncho-pneumonie épisodique ou terminale.

Il nous faut revenir à nouveau sur la terminaison fatale de tous ces cas de pemphigus foliacé. On a parfois vu survenir la mort au bout de 3 à 4 mois, mais le plus souvent c'est une évolution qui se chiffre par années (4-5-10-15), menant le malade dans

un état de cachexie profonde avec diarrhée et anurie. Fréquemment une broncho-pneumonie vient hâter l'évolution.

Nombreuses sont les observations des malades entrés à l'hôpital pour un pemphigus et qui sont morts quelques jours après d'une des complications citées plus haut, mais comme nous l'avons fait remarquer, le plus souvent c'est une broncho-pneumonie.

PEMPHIGUS CHRONIQUE

En quelques mois et dans les cas les plus favorables au bout de 1 à 2 ans, l'état général commence à s'altérer.

L'anorexie progressive du malade, les vomissements, la diarrhée incoercible, sont autant de facteurs qui débilitent le malade et l'acheminent vers un état de cachexie grave, à moins qu'il ne soit emporté par une complication.

Werther — en 1925 — note sur 12 cas de mort, 5 cas par cachexie, 4 par broncho-pneumonie, 2 par néphrite et un par cancer gastrique.

Bernucci note à la fin d'un pemphigus chronique sénile, une infection de pyodermite végétante (maladie de Hallopeau).

PEMPHIGUS DES MUQUEUSES

L'association aux lésions cutanées de lésions muqueuses est un facteur de gravité qui, presque à coup sûr, doit faire porter un pronostic des plus sévères.

En effet, la mortalité dans tous ces cas de pemphigus avec lésions buccales est trois fois aussi grande que dans le pemphigus simple.

Nous nous rapportons aux statistiques que le Docteur K. Speierer de Munich a dressées et il se dégage nettement les chiffres suivants :

— 75 % de mortalité dans le pemphigus associé à des lésions buccales.

— 25% de mortalité dans le pemphigus vulgaire sans lésions buccales.

La fréquence des lésions de la muqueuse buccale est diversement appréciée par certains auteurs.

Speierer note que sur 24 entrants hommes, atteints de pemphigus, 12 étaient porteurs de lésions buccales et chez les femmes sur 29 entrantes, 14 avaient des lésions buccales, tandis que Alibekow observe que sur 36 cas, 13 ont débuté par des lésions de la muqueuse buccale.

Il ressort donc assez clairement que l'association des lésions buccales est assez fréquente et la gravité de ces cas serait due à une virulence exaltée des microbes. (Se rapporter à l'article de Speierer : Ueber die Mortalität des Pemphigus chronicus. — Munch. Med. Wochens., 1933).

DERMATITE DE DUHRING-BROCQ

Mortalité.

Durant la période allant de 1928 à 1938 sur un total de 830 morts dans tous les services de dermato — syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Louis, on relève 19 morts à la suite d'une dermatite de Dühring-Brocq, ce qui nous donne un pourcentage de 2,3 % de la mortalité totale.

En six ans — sur un total de 58 entrants avec le diagnostic de maladie de Dühring-Brocq, on note 20 morts, c'est-à-dire une mortalité de 34,1 %.

Dans le service de M. Touraine pendant la période 1928-1938, sur 19 entrants 7 décès sont à signaler, c'est-à-dire une mortalité de 36,8 % .

Sur 34 malades atteints de dermatite de Dühring-Brocq, Alibekow relève 22 hommes et 12 femmes.

Dans cette affection le début par les extrémités semble le plus habituel (14 cas).

Il n'y a eu que 2 morts, dues d'ailleurs à la transformation de l'affection en pemphigus (Alibekow).

Evolution.

L'évolution de la maladie se fait par poussées. La dermatite s'observe à tous les âges, depuis la première enfance jusqu'à l'extrême vieillesse.

On la rencontre le plus souvent entre 15 et 45 ans.

Des formes graves ont été signalées et de nombreux auteurs se sont demandés si ces formes ne font pas le passage entre la maladie de Dühring-Brocq et le pemphigus chronique.

ERYTHRODERMIES

Erythrodermies en général

Mortalité.

Durant la période 1928-1938, sur un total de 830 morts dans tous les services de dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Louis, on note 23 malades morts à la suite d'une érythrodermie. Nous n'avons pu préciser les origines exactes de ces érythrodermies. Nous avons constaté un pourcentage de 2,77 % de la mortalité totale.

En six ans, sur un total de 151 entrants avec le diagnostic d'érythrodermie, il y a eu 11 morts, c'est-à-dire une mortalité de 7,2 %.

Dans le service de M. Touraine, de 1932 à 1938, sur 61 entrants, 8 décès sont à signaler, donc une mortalité de 13,1 %.

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse

Mortalité

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de la mortalité dans cette variété d'érythrodermie.

D'après Boutelier il faudrait compter environ 1 mort sur 6 malades.

Les chiffres de Garnier sont bien plus favorables puisqu'il n'y aurait qu'un mort sur 22 cas.

Complications.

Certaines sont à signaler et en premier lieu :

- Septicémies ;
- Broncho-Pneumonies ;
- Gangrènes cutanées et viscérales (Woringer et Silber).

Il faut insister sur les troubles rénaux car on signale souvent de l'oligurie, sans albuminurie (500 à 600 grammes d'urine par jour).

Il peut y avoir urobilinurie et parfois même un certain degré d'acétonurie, comme dans les cas de Deseaux, Pomaret et Blamontier.

La rétention chlorurée est de règle et la rétention hydrique peut être telle, que le malade gagne un kilogramme par jour.

Erythrodermie primitive aiguë

Complications.

La grosse majorité des auteurs ont été frappés par la gravité des complications survenant au cours de l'évolution. Nous mentionnons :

- Endocardites (Rotelton et Gogélet).
- Péricardites (Hallopeau et Truffier).

— Albuminurie transitoire (Gaucher, Peret, Vidal et Oro).

— Arthralgies, hémorragies et otites purulentes.

Toutes ces complications de l'érythrodermie primitive aiguë, assombrissent le tableau et peuvent emporter le malades en un laps de temps très court.

Erythrodermie de l'or

Complications.

Dans cette forme de l'érythrodermie, les complications sont encore plus graves. Signalons surtout :

- la pneumonie caséeuse,
- l'œdème aigu du poumon (Eichorn),
- la néphrite aiguë (Stein et Bruhns),
- l'ictère grave toxique (Bezançon),
- le purpura (Howard Fox, Jaeger, Brunotte).

Erythrodermies à streptocoque

Complications.

Leur apparition règle le pronostic. Fréquemment ce sont :

- des septicémies,
- des néphrites,
- des broncho-pneumonies,

complications d'une extrême gravité, presque toujours mortelles. Un grand nombre des morts de septicémies dans les services de dermato-syphiligraphie de l'hôpital Saint-Louis, sont dues aux pemphigus et aux érythrodermies.

*Dermatite exfoliative de Wilson-Brocq,
subaiguë ou chronique*

Evolution et complication.

Forme beaucoup plus sévère que les précédentes, plus durable mais non récidivante après guérison.

A la période d'état, la santé du malade décline rapidement.

L'amaigrissement contraste avec l'état d'intégrité des fonctions digestives et la conservation de l'appétit.

L'insomnie, la fièvre et la diarrhée aboutissent rapidement à la cachexie.

En même temps apparaissent des troubles rénaux et urinaires (albuminurie, hypoazoturie et oligurie), une tuméfaction des ganglions lymphatiques, des furoncles, des abcès, des paralysies et des congestions pulmonaires.

Dans les formes subaiguës, la maladie évolue rapidement, en 3 à 4 mois, soit vers la mort par le coma azotémique, soit vers la mort avec des phéno-

mènes généraux de cachexie progressive (vomissements et diarrhée) soit dans les cas heureux vers la guérison.

Dans d'autres formes plus légères la durée atteint 8 à 10 mois.

Dans les formes chroniques la durée atteint plusieurs années.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

Mortalité.

Pendant la période 1928-1938, sur un total de 830 morts dans tous les services de dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Louis, on note un seul cas de décès à la suite d'un érythème polymorphe chez un enfant de deux ans.

Dans le service de M. Touraine, dans la période 1932-1938, sur 26 érythèmes polymorphes, pas un seul décès.

Evolution.

C'est une affection bénigne, caractérisée par des localisations et un type éruptif spécial, en même temps qu'une évolution aiguë. En général sa durée moyenne est de 15 jours, mais des poussées successives peuvent la prolonger parfois jusqu'à 5 semaines. La proportion des récidives après guérison est de 17 % à 50 %.

Pronostic.

L'érythème polymorphe est une maladie bénigne et on ne lui décrit pas de formes mortelles ou

malignes, mais les circonstances de son éclosion ou les tares antérieures peuvent par exception lui conférer une certaine gravité (Ramel).

Complications.

Autrefois on citait un grand nombre de complications très graves. Aucun document probant ne peut confirmer si les formes dites graves et pyrétiques de l'érythème polymorphe, accompagnées d'albumine pendant leur évolution, laissent des séquelles rénales persistantes. On signalait autrefois comme complications les endocardites, les pleurésies et même les phlébites ; mais il semble bien qu'on confondait les manifestations cutanées et viscérales des septicémies avec l'érythème polymorphe.

MM. J. Hallé, Girard et Odinet nous apportent l'observation d'un enfant de 12 ans, atteint d'un érythème polymorphe typique, compliqué d'endocardite, d'orchite double et d'une arthrite du genou. C'était une orchite double d'un type assez spécial, peu douloureuse, pas très inflammatoire, et qui a laissé les testicules très volumineux, à peu près indolores. A la suite de cette orchite, ils ont noté l'apparition de la puberté et d'une augmentation assez notable de la taille de cet enfant. Par ailleurs, c'est silencieusement qu'ils ont vu apparaître l'endocardite aortique, très rare dans l'érythème polymorphe (Teissier et Scheffer).

Une ponction faite dans le genou augmenté de

volume, à la période aiguë de la maladie, a fait constater la présence d'entérocoques.

D'après ces auteurs, c'est probablement l'entérocoque qui est la cause de l'endocardite.

En somme, contrairement aux notions classiques, les complications sont rares et la mort serait l'exception dans l'érythème polymorphe.

MYCOSIS FONGOÏDE

Mortalité.

Suivant notre statistique portant sur la période 1928-1938, sur un total de 830 morts, dans tous les services de dermato-syphiligraphie de l'Hôpital St-Louis, on note 11 morts à la suite du mycosis fongöide, ce qui donne un pourcentage de 2,05 % de la mortalité totale.

En six ans, sur un total de 35 entrants avec le diagnostic de mycosis fongöide, on note 11 morts, soit une mortalité de 31,4 %.

Dans le service de M. Touraine dans la période 1932-1938, sur 5 entrants, 2 décès sont à signaler, c'est-à-dire une mortalité de 40 %.

Evolution.

Le mycosis fongöide est une affection cutanée, susceptible de se généraliser aux viscères, chronique, avec des poussées irrégulières, presque toujours mortelle, sur la nature de laquelle on n'a aucune donnée étiologique certaine. / -

C'est une maladie de l'âge adulte, bien qu'elle puisse débiter par des lésions mal reconnaissables dans la jeunesse. L'âge de prédilection est la quarantaine.

Entre 30 et 50 ans, les statistiques ne montrent que 17 % des cas et 73 % au-dessus de 50 ans (Nanta).

Dans le cas de Port, l'affection a débuté à 6 ans, dans celui de Hodara un jeune patient de 12 ans avait un mycosis fongoïde depuis 4 ans et dans celui de Giovanni, le malade avait 13 ans.

Le sexe masculin est le plus souvent frappé ; il fournit les deux tiers des cas.

Nous avons observé, dans le service de M. Tournaine, que sur 5 entrants avec le diagnostic de mycosis fongoïde, 4 étaient des femmes.

L'évolution dure de 4 à 5 ans, mais depuis l'arsénothérapie et la radiothérapie, la durée se compte par dizaines d'années.

Parmi les cas les plus prolongés, citons ceux de Taylor : 35 ans^e ; Dubreuil : 30 ans ; Eicher et Rottman : 40 ans ; Nanta : 50 ans.

L'évolution du mycosis fongoïde se fait vers la cachexie avec œdèmes, vers l'insuffisance cardiaque, la néphrite, la diarrhée incoercible et les accidents aigus de pneumonie hypostatique. A ce stade surviennent une sédation des phénomènes fongoïdes et l'affaissement des tumeurs.

Le mycosis fongoïde est donc une maladie à mortalité élevée, dont le pronostic cependant a été amélioré dans les dernières années, grâce à la thérapeutique arsenicale et radiothérapique.

ECZÉMA

Mortalité.

Une statistique faite dans tous les services de dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Louis, nous montre — dans la période 1928-1938 — que sur 830 décès, il y en a 9 à la suite de l'eczéma, ce qui fait un pourcentage de 1,08 % de la mortalité totale.

Une autre statistique, faite à l'Hôpital Saint-Louis, nous montre qu'en six ans, sur un total de 1662 entrants avec le diagnostic d'eczéma, 4 sont morts, c'est-à-dire une mortalité de 0,24 %.

Dans le service de M. Touraine, dans la période de 1932-1938, sur un total de 774 entrants, deux décès sont à signaler, c'est-à-dire une mortalité de 0,26 %.

Eczéma de l'adulte

Evolution.

La durée de l'eczéma est extrêmement variable; chez certains malades elle se compte par semaines, chez d'autres par mois ou encore par années.

Certains eczémas peuvent se transformer en

érythrodermies, par erreurs de thérapeutique. Cette érythrodermie peut guérir mais elle est aussi capable d'amener la mort.

Une maladie fébrile intercurrente (pneumonie, fièvre typhoïde) fait généralement disparaître l'éruption.

Pronostic.

Le pronostic est très variable et dépend de la cause et du degré de sensibilisation de l'organisme.

Certains eczémas qui surviennent sans cause avérée, indiquent une fâcheuse prédisposition à plusieurs affections diathésiques (asthme, diabète, goutte, migraine).

Des troubles psychiques assez marqués sont à redouter dans les formes très prurigineuses. On a vu des névropathes se suicider mettant ainsi fin à leur souffrance. D'autres sont atteints d'une dépression nerveuse, persistant même après la guérison.

En général, chez l'adulte le pronostic de l'eczéma est bénin. Il est presque exceptionnel qu'il se termine par une érythrodermie, seule complication capable d'entraîner la mort.

Eczéma du nourrisson

Evolution.

La guérison est le plus souvent définitive, mais dans 20 % des cas on note des récidives à un âge plus avancé. Assez souvent, plus tard, ces enfants

auront des crises d'asthme, affection dont les parentés avec l'eczéma papulo-vésiculeux sont étroites.

Complications.

Citons les néphrites, le plus souvent bénignes et passagères, parfois hématuriques, provoquant très rarement la mort par urémie.

Plus rarement on signale des broncho-pneumonies ou des entéro-colites.

Une observation de Weil Hallé, Koang et Aubert nous présente un nourrisson âgé de deux mois et demi, atteint d'un eczéma du cuir chevelu et de la face, compliqué d'une pleurésie purulente à staphylocoque et guéri par immuno-transfusion, associée à la vaccinothérapie indirecte. L'histoire de cet enfant est instructive à bien des égards : résistance exceptionnelle du nourrisson élevé au sein, alternance des lésions cutanées, de l'eczéma séborrhéique et des accidents infectieux.

Mais l'accident le plus redoutable qui peut survenir chez un nourrisson eczémateux, est la mort subite ou rapide, inopinée.

« Il n'est pas de pédiatre — dit Lereboullet — qui n'en ait observé plusieurs cas. »

Le plus souvent il s'agit de nourrissons de moins d'un an, gras et gros, atteints depuis plusieurs semaines d'un eczéma suintant et étendu. Généralement, dès la première nuit de l'hospitali-

sation, l'enfant devient brusquement cyanosé et dyspnéique. Des vomissements surviennent, la température s'élève rapidement à 39° — 40° , l'eczéma s'atténue et des convulsions peuvent apparaître.

Au bout de quelques minutes ou de quelques heures, le nourrisson tombe dans le collapsus. La face devient livide, blafarde, les yeux s'excavent, le pouls est rapide et filiforme. On note le refroidissement des extrémités, les urines sont albumineuses et la mort survient au cours d'une crise de convulsion.

Plus rarement on a signalé la mort subite.

Rarement, les troubles inquiétants que nous venons de décrire se terminent par la guérison, et au bout de quelques heures l'enfant reprend connaissance (Sezary et Horowitz).

Pronostic.

L'eczéma du nourrisson tire sa gravité de la possibilité de la mort inopinée.

Ce danger excepté, c'est une affection bénigne qui guérit généralement avant la deuxième année.

PSORIASIS

Mortalité.

Durant la période allant de 1928 à 1938 sur un total de 830 morts dans tous les services de dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Louis, on note 6 morts de psoriasis, ce qui fait un pourcentage de 0,74 % de la mortalité totale.

En six ans, sur un total de 644 entrants psoriasiques, on note deux morts, c'est-à-dire une mortalité de 0,31 %.

Dans le service de M. Tourainé, sur 270 entrants deux décès sont à signaler, c'est-à-dire une mortalité de 0,74 %.

Evolution.

Le psoriasis est une affection cutanée chronique, d'étiologie inconnue, évoluant par poussées d'intensité inégale, de durée très variable, entre quelques semaines et quelques mois, séparées par des intervalles variables.

Au point de vue de l'état général, le psoriasis est une maladie bénigne. Le rein garde pendant

longtemps sa perméabilité, malgré les modifications du métabolisme azoté.

Les autres organes ne sont nullement atteints dans leur fonctionnement.

Malgré le terrain souvent tuberculeux ou hérédosyphilitique, la majorité des psoriasiques atteignent un âge avancé.

Parmi les complications les plus redoutables, il faut signaler les érythrodermies graves, suppurées, avec phénomènes généraux importants, septicémies et évolution fatale.

Signalons aussi l'exceptionnelle observation d'un épithélioma spino cellulaire développé sur une lésion psoriasique. C'est Charache qui a observé cette dégénérescence chez un homme de 76 ans, porteur de psoriasis depuis 15 ans, d'abord sur un placard de l'épaule, ensuite sur un autre placard ancien du sein gauche.

Sa forme vulgaire constitue une infirmité par son incurabilité, par ses récidives et par sa persistance.

Le psoriasis arthropathique est une forme particulièrement redoutable.

L'immobilisation qui est une des conséquences fréquentes, transforme rapidement les malades en impotents.

De même, l'extension et certaines de ses localisations sont des causes fréquentes d'une gêne considérable.

Quelques observations de complications.

Auerbach apporte l'observation d'un vieux psoriasique, qui, à la suite du traitement (?), présente des vomissements, de la diarrhée et, deux semaines plus tard, il fait une pleurésie et un œdème des membres inférieurs. On lui donne de la digitaline, mais sans aucun succès. Une broncho-pneumonie avec un subictère persistant viennent compliquer encore l'état général du malade, déjà assez éprouvé. Quelques semaines après, le malade meurt. A l'autopsie, l'auteur a la grande surprise de découvrir une grosse cirrhose du foie, qui n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie. L'auteur se demande s'il s'agit d'une intoxication par l'arsenic, à la suite du traitement, ou tout simplement des complications propres du psoriasis.

Milian apporte l'observation d'un de ses malades psoriasique, compliqué d'une érythrodermie mortelle, à la suite d'un traitement à la chrysarobine. Il se demande s'il s'agit vraiment d'une intoxication par la chrysarobine ou bien d'une érythrodermie psoriasique mortelle. La symptomatologie ne semblait pas en faveur de l'hypothèse d'une érythrodermie due à la chrysarobine. Ici il s'est agi — sauf à un court moment — d'une érythrodermie identique à celle de l'arsenic. Les phénomènes généraux terminaux : fièvre, délire, agitation, dyspnée, en même temps que l'amaigrissement rapide

(de 78 kgs à 64 kgs) paraissent relever de la maladie psoriasique. Bien qu'il y ait eu une oligurie dans les derniers stades de la vie (800 à 1.000 gr.), le rein ne paraissait pas être en cause, parce qu'il n'y avait pas d'albumine dans les urines et que l'urée sanguine était à 0,29. Le patient paraît au contraire avoir été emporté par des phénomènes cérébraux qui auraient pu relever d'une méningite. On peut se demander en pareil cas si la tuberculose ne pourrait expliquer les phénomènes terminaux de ce malade. Une méningite tuberculeuse serait très compatible avec cette symptomatologie.

Petges, Labat et Le Coulant apportent l'observation d'un psoriasis ancien chez lequel l'emploi de sels de titane a fait déclencher une tuberculose aiguë à forme granulique et un syndrome articulaire aigu. Cette observation vient confirmer la théorie de ceux qui voient dans le psoriasis une manifestation de la tuberculose ou de ceux qui soutiennent que la tuberculose est une complication fréquente du psoriasis.

Quelle est la conclusion qu'on peut tirer de ces observations ?

Tout en admettant l'aggravation de l'évolution par certaines thérapeutiques, on est obligé de voir dans quelques-unes de ces complications la relation directe avec la maladie psoriasique.

LES GRANDES COMPLICATIONS EN DERMATOLOGIE

(D'après nos statistiques)

Il nous a semblé utile de réunir dans un seul chapitre quelques complications qui paraissent dominer le tableau clinique des affections dermatologiques et qui sont la cause prédominante de mortalité dans des maladies apparemment peu graves.

Il nous est facile de mettre en lumière, avant tout, le rôle tout spécial des complications pulmonaires. Celles-ci, avec une fréquence indubitable, se greffent en effet, sur tous les débilités et c'est une façon de mourir que nos statistiques nous révèlent comme très banales.

Il n'y a qu'à consulter les chiffres de mortalité portant sur la période que nous avons étudiée pour se rendre compte de leur grande fréquence.

Sur les 830 malades qui étaient entrés à l'Hôpital avec divers diagnostics de maladies cutanées, 123 sont morts de complications pulmonaires aiguës, chiffres dont l'importance frappe l'imagination car cela fait un pourcentage de 14,90 % de la mortalité totale.

Nous avons pu détailler ces différents cas et

nous les avons classés par rapport aux diverses lésions pulmonaires comme suit :

- 58 sont morts de broncho-pneumonie,
- 22 de pneumonie,
- 27 de tuberculose pulmonaire,
- 9 de congestion pulmonaire,
- 2 de bronchite,
- 4 de grippe, pleurésie et granulie.

Ce chiffre-là est loin de représenter la morbidité totale due aux affections pulmonaires. Il nous a paru utile d'insister sur le grand nombre des cas des malades ayant présenté des affections pulmonaires et qui se sont terminées par la guérison.

Nous ne croyons pas que certaines affections cutanées aient l'apanage des complications pulmonaires.

Celles-ci semblent être également fréquentes dans le plus grand nombre des maladies.

Mais cependant nous devons faire quelques réserves en ce qui concerne surtout le pemphigus, les érythrodermies et l'eczéma.

Dans les chapitres concernant ces maladies, nous avons particulièrement mis en relief le rôle décisif joué par les broncho-pneumonies, dans l'évolution de la maladie.

Faut-il croire que l'âge du malade serait en rapport avec ces complications ?

D'après nos recherches, elles se rencontrent avec une égale fréquence à tous les âges de la vie,

aussi bien chez le vieillard que chez l'enfant. Mais la gravité est surtout grande à ces deux stades de la vie où elle ne pardonne pas.

Il sortirait du cadre de ce travail d'insérer le grand nombre d'observations que nous avons pu recueillir au cours de nos recherches à l'Hôpital Saint-Louis.

Une conclusion s'impose : les affections pulmonaires sont très communes au cours des maladies dermatologiques. Complications graves le plus souvent, elles règlent l'évolution de la maladie et le sort du malade.

Notre attention a été attirée aussi par des complications cardiaques assez fréquentes.

Dans certains cas il y avait une relation évidente entre la dermatose et la cardiopathie (lésions cutanées syphilitiques et aortite), mais dans un grand nombre de cas il nous a paru difficile de relier la cardiopathie à la maladie nécessitant l'hospitalisation.

Était-ce une greffe microbienne sur une lésion préexistante de l'endocarde ou du myocarde, ou faudrait-il plutôt invoquer un mécanisme plus complexe d'action toxique à distance ?

Il nous semble qu'il est difficile de donner une réponse unique. Ce serait plutôt une question de cas individuels.

Sur les 37 cas que nous avons relevés pour la période 1928-1938, nous n'avons pu préciser s'il s'agissait de complications des affections cutanées

ou simplement des cardiopathies n'ayant aucune relation avec la maladie nécessitant l'hospitalisation.

Il n'est pas rare de rencontrer des cas de septicémies au cours de l'évolution de certaines affections cutanées, surtout au cours des érythrodermies. Le germe le plus souvent en cause est le streptocoque. La gravité de cette complication nous a incité à la classer avec celles que nous avons déjà citées plus haut.

Nous terminerons ce bref aperçu en faisant une mention spéciale aux hépatites et aux néphrites. En effet, nous avons recueilli 21 cas de néphrite urémique et 13 cas d'ictère grave. Nous avons constaté que ces deux dernières complications se greffaient avec une prédilection particulière sur le terrain syphilitique.

Il ressort de cette courte étude que ces malades souvent débilités, sont la proie d'affections intercurrentes et dans un nombre de cas moindre, les lésions organiques entraînées par la maladie sont incompatibles avec la vie.

MORTALITÉ EN DERMATOLOGIE

TABLEAU RÉCAPITULATIF

	Hôpital Saint-Louis (six ans)			Service M. Touraine (1932-1938)		
	Entrants	Morts	%	Entrants	Morts	%
Pemphigus . . .	85	51	60	11	6	54,5
Mal. Dühring .	58	20	34,1	19	7	36,8
Mycosis fung. ..	35	11	31,4	5	2	40
Erythrocl.	151	11	7,2	61	8	13,1
Lupus	235	4	1,7	45	3	6,6
Psoriasis	644	2	0,31	270	2	0,74
Éczéma	1662	4	0,24	774	2	0,26

CONCLUSION

Il résulte — toute réserve faite — d'après les chiffres que nous donnons, que :

1° La mortalité en dermatologie est loin d'être négligeable ;

2° Les grandes causes de mort en dermatologie sont :

— le pemphigus avec une mortalité de 60 %,

— la dermatite de Dühring avec une mortalité de 34,1 %,

— le mycosis fongoïde avec une mortalité de 31,4 %,

— les érythrodermies avec une mortalité de 7,2 % ;

3° Parmi les complications les plus fréquentes en dermatologie, notons en premier plan, les complications pulmonaires et parmi elles : les bronchopneumonies, les congestions et les pneumonies.

Vu : *Le Doyen,*
TUFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUERBACH. — Ein lehrreichen Fall von diagnostischem Irrtum (Med. Welt. 1932).
- EICHORN. — Bull. Soc. française de dermatologie et syphiligraphie (Réunion de dermatologie de Strasbourg, 1932).
- GASTINEL et SOLANTE. — Erythème polymorphe (Pratique dermatologique).
- HUDELO. — Pemphigus (Pratique dermatologique).
- HALLÉ (J.), GIRARD, ODINET. — Observation sur les complications de l'érythème polymorphe (Société de pédiatrie, Paris 1932).
- MARGAROT. — Psoriasis (Pratique dermatologique).
- MILIAN (G.). — Erythrodermie psoriasique mortelle (Revue française de dermatologie et vénérologie, 1933).
- NANTA. — Erythrodermies (Pratique dermatologique).
— Mycosis fongoïde (Pratique dermatologique).
- PETGES, LABAT, LE COULANT. — Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1934.
- SÉZARY et HOROWITZ. — Eczéma (Pratique dermatologique).
- SPEIERER. — Ueber die Mortalität des Pemphigus chronicus (Munch. Med. Wochens. 1933).
- TZANCK et CORD. — Dermatite de Dühring-Brocq (Pratique dermatologique).
- WEIL HALLÉ, KOANG, AUBERT. — Eczéma du nourrisson. Pleurésie purulente (Bull. soc. de pédiatrie, Paris 1932).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
<i>Pemphigus</i>	13
<i>Pemphigus chronique</i>	16
<i>Pemphigus des muqueuses</i>	17
<i>Dermatite de Duhring-Brocq</i>	18
<i>Erythrodermies</i>	20
<i>Erythème polymorphe</i>	25
<i>Mycosis fongoïde</i>	28
<i>Eczéma</i>	30
<i>Psoriasis</i>	34
<i>Les grandes complications en dermatologie</i>	38
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45

